

# 「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities)」の妥当性に関する研究

——発達の質的な視点からの検討——

植 田 章  
吉 留 英 雄

## 〔抄 録〕

知的障害者の老化徴候や行動傾向，加齢変化に関する評価の方法は十分に確立しているとはいえず，認知機能等のおかしさに気づいたとしても，そのことを評価する指標や測定方法，判別尺度が十分に確立していない現状がある。本研究論文では，イギリスパーミンガム大学の研究者 Deb.S. らによって開発された「知的障害者用認知症判別尺度 DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities)」の日本での実用化に向けた研究に着目した。そして，この日本語版として開発された「DSQIID」の妥当性を検討するために障害者入所・通所施設を利用するダウン症者 63 名を対象にして，当事者についてよく知る各施設の職員による評定を得た。発達特性と加齢に伴う「日本語版 DSQIID」の変動の特徴や発達段階ごとの該当項目内容の比較検討を行うことを通して，認知症の早期症状のうち，「記憶」は該当項目率ではさほど目立たないものであった。一方，「疲れやすくなった」「動きが緩慢になった」といった「活動性の低下」にかかわる項目群の該当項目率は高いという結論を得た。また，53 の項目を項目群に分けることにより，非認知症者群と認知症者群では項目群による該当項目率に大きな差が認められ，認知症の疑いの有無の判断の根拠となる可能性があることがわかった。「日本語版 DSQIID」は簡単な構造の質問紙法であり，短時間で結果が出るというメリットがある。また，普段の対象者の姿を捉える視点を与えるものでもある。発達との関連についておさえながら注意深く実施すれば，きわめて有効な尺度となることを明らかにした。

キーワード：知的障害者用認知症判別尺度（日本語版 DSQIID），認知症，ダウン症，発達保障，高齢化

## はじめに

わが国では、ここ数十年の間に障害者の高齢化が急速に進んできている。加齢による健康問題や認知症などの変化に現場の実践はもとより、国の制度も追いついていない。そのような中で、知的障害者の老化徴候や行動傾向、加齢変化に関する評価の方法は、十分に確立しているとはいえず、家族や職員が日々の生活の中で認知機能等のおかしさに気づいたとしても、そのことを評価する指標や測定方法、判別尺度がないのが現状である。

老年医学の分野では、老化の様々な現象について評価する方法として、医学的検査や長谷川式簡易知能評価スケールなどの認知症を評価する測定法がすでに開発されている。しかし、そのような測定法を障害者、とりわけ知的障害者に用いることは難しい。質問紙などでは、生まれつき認知機能が弱いために質問項目の主旨を理解することができなかつたり、調査者の動機づけに左右される場合もあるため、それらの測定法が十分に適しているとはいえないだろう。

知的障害者の認知症の診断を行うスクリーニングテストの開発やスケールに着目したものに、かつて筆者が紹介した「アルツハイマー病や他の認知症を伴う成人期の知的障害者のアセスメントと介護のための指針」がある。これは、知的障害と認知症の両方に罹患した者に共通する臨床的变化を診断するための指針、認知症の進行ステージに対応した医学的サポートの内容とケアの方法について提唱したものである<sup>(1)</sup>。他にも、ダウン症者の認知症の診断を行うスケールとして開発されたものや、スクリーニング尺度の標準化の研究として日本語版の作成を試みているものもある<sup>(2)</sup>。

また、最近では、イギリスバーミンガム大学の研究者 Deb.S. らによって開発された「知的障害者用認知症判別尺度 DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities)」の日本での実用化に向けた研究がある<sup>(3)</sup>。この「日本語版 DSQIID」は、専門家によらず家族や本人をよく知る職員によって簡単に調査が実施できる点、行動評価尺度であるため調査対象者に負担をかけることなく実施できる点などにメリットがある。わが国でも知的障害者が認知症に罹患しているかどうかの判別を実践的に用いることのできる尺度が求められており、本小論では、「日本語版 DSQIID」の試行を通して妥当性に関する検討を行うこととした。今回は対象者をダウン症者に絞って検討を行っている。検討に当たっては量的な側面と質的な側面について考慮した。「日本語版 DSQIID」の紹介と検討に入る前に、この分野における先行研究から分析・検討を進めるに際して重要な点について述べておくことにする。

## 1 先行研究は何を明らかにしてきたか

わが国では、これまでも、知的障害者、とくにダウン症者の認知症や早期老化にかかわるス

クリーニングテストの検討やその背景にある加齢のメカニズムについての研究がいくつかなされてきている。たとえば、菅野敦らは「ダウン症候群の知的機能の生涯発達の変化とその構造」（「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究」）において、ダウン症者の知的機能の水準は加齢に伴いどのように変化するのかを検証した。その中で、「1987年全訂田中ビネー知能検査」を実施し、下位項目を7つのクラスターに分けた。その上で通過容易項目と通過困難項目を吟味し、「短期記憶」「物の概念的理解と表現」「文章の理解と類推」「数概念」の4つの知的クラスターが30歳代後半から変化を見せ始めることを明らかにしている。そして、「知覚－運動」クラスターに加齢に伴う変化が認められなかったことから、知能を「結晶性知能」と「流動性知能」に機械的に分ける視点についての再考を促している<sup>(4)</sup>。また、菅野は別の研究論文においても、成人期知的障害者に関する研究動向の分析を通して、「加齢に伴い変化する利用者の行動、身体特徴などの諸現象を評価する明確かつ多面的な観察視点が確立されていないこと」にふれた上で、「感覚」「運動」「作業」「ADL」「生活リズム」「コミュニケーション」「記憶」「性格」「問題行動（痴呆や精神医学によるもの等）」の9項目の加齢に伴う行動の変化に関する質問紙を作成し、ダウン症、知的障害、自閉症の障害種別による加齢変化の特徴を明らかにしている。知的障害では、「運動」「生活リズム」「性格変化」の3領域で加齢変化を表した者の割合が多いのに対し、ダウン症者では、「ADL」「性格変化」「問題行動」の3領域において他の障害群より変化の割合が高いことがわかっている。また、自閉症者では、「運動」「生活リズム」「性格変化」の領域で変化を表した者が多く、それ以外の領域では、他の障害群と比べると加齢変化した者の割合が少なくなっていると指摘している<sup>(5)</sup>。

また、橋本創一は「壮年期ダウン症者の体力・運動能力に関する研究加齢による基礎的運動能力への影響について」の中で、「ダウン症者の中に壮年期より加齢に伴い体力・運動能力が著しく低下する者と緩やかな低下を示す者（または維持できる者）がある」ことを示唆している。これは早期老化徴候が早いとされるダウン症者においてもすべての者が著しく低下するわけではないという指摘である<sup>(6)</sup>。

他にも、小島道生は、老化の実態に関するダウン症者の認知症の初期症状として「行動面における無欲状態、会話減少、身の回りの不潔などと感情面における易興奮性、感情不安定性等」をあげている。そして、これらは一般にいわれる認知症の症状と似ているとしつつも、改善した症例もあることから一概に認知症と同じだということとはできないとしている。小島らは、ダウン症者の認知症症状の特徴を明らかにするために、Gedyeの「Dementia Scale for Down Syndrome」を用いているが、結果はGedyeのものと相反するものとなり、有効性については「医学的な検査とあわせてダウン症者の認知の臨床的症状をもとに診断基準を確立する必要がある」との結論を得ている<sup>(7)</sup>。

つぎに、長谷川桜子らは当時の研究の動向を紹介し、ダウン症者の認知症症状を診断するためには、その他のうつ病など類似する症状と判別する必要がある、ここに困難さがあると指摘

している。近年に海外で報告された複数の研究では、何らかの認知症症状を示すダウン症者は50歳代で5割強存在するともされている<sup>(8)</sup>。

この他にも、国立のぞみの園研究部プロジェクトチームによって翻訳された「認知症の知的障害者——アセスメント・診断・治療および支援の手引き (日本語版)」においても、「知的障害者用認知症質問紙 (Dementia Questionnaire for People with learning Disabilities: DLD)」や「認知症者用適応行動尺度 (Adaptive Behaviour Dementia Questionnaire: ABDQ)」, 本研究論文で妥当性を検討した「日本語版 DSQIID」が紹介されている。本書によれば、この「日本語版 DSQIID」の尺度は、「観察者評定式の使いやすい認知症スクリーニング質問紙であり、知的障害者の認知症については心理測定法的特性が強く出るように作成された尺度である」と評価されている。しかし、「使用されてから日がまだ浅く、有用性についての独立評価を実施するには早い」とも指摘している<sup>(9)</sup>。知的障害者の場合には、認知症に罹る前から認知機能・精神機能に弱さがあるため、現在の状態が認知症によるものかどうかの区別が必要であり、認知症症状に伴う行動の変化は、認知症以外の原因（うつ病、感覚器官異常、甲状腺機能低下症、脳血管障害などの脳の器質的な病気）によっても起こり得るため、その見極めが重要であるとされている。

この点については、木下大生・有賀道生らも「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 DSQIID の開発に関する研究——感度と特異度の検証を中心として」及び「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 (DSQIID) の信頼性・妥当性の検証」においてふれている。これによれば、「妥当性については、既に医師により認知症と診断されている知的障害者1人に対して、2人の調査者が2回ずつ DSQIID を施行し、その結果が認知症の基準となる20点を上回る割合をみた。その結果4回中4回もしくは3回が20点をこえ、医師との診断との一致率が75.5%以上であった件数が40件中31件 (77.5%) と高い割合を示した。DSQIID の認知症の検出率が高いものであった」としている<sup>(10)</sup>。

以上の先行研究をふまえて、以下では、すでに国立のぞみの園のホームページ ([www.nozomi.go.jp/publication/PDF/DSQIID](http://www.nozomi.go.jp/publication/PDF/DSQIID)) にて公開され、今後広く活用されるであろう「日本語版 DSQIID」の構造と試行の結果についてふれ、この使用に際して考慮すべき点について述べていくことにする。

## 2 「日本語版 DSQIID」の特徴

「日本語版 DSQIID」は観察者評定式の使いやすい質問紙で、大きく3つの部から成り立っている。第Ⅰ部はその人がもっている、あるいはもっていた最も元気なころの状態（会話や日常生活動作の「最も高い」能力のレベル）、現在の住居、その他の関連情報の自由記述欄が設けられている。第Ⅱ部は、知的障害者が認知症に罹った時にあらわれる行動や症状に関するも

表1 43のDSQIID項目の因子分析

因子	対応項目
記憶／混乱	介助なしには身体を洗ったり入浴することができない／きちんと服を着られない／言葉を思い出せない／簡単な指示が理解できない／同時に二つ以上の指示が理解できない／作業の途中で手を止めてしまう／読むことができない／書くことができない／夜になると混乱する／慣れた道で迷う／時間の感覚を失う／でこぼこな道を自信を持って歩くことができない／親しい人を認識できない／親しい人の名前を覚えていられない／最近の出来事を覚えていられない／一人の世界にふけっている／独語がある
不安の感覚	介助なしには着替えができない／食事に介助を要する／排せつに介助を要する／失禁をする／率先して会話をしない／歩行が不安定でバランスを崩す／介助がなくては歩くことができない／日中活動や戸外の活動に参加しようとしにくい／人と接触を持とうとしにくい／趣味や活動に興味なくなった／悲観的になったり心配性になったりする／抑うつ的である
睡眠の問題	公共の場で服を脱いでしまう／昼夜逆転する／日中寝ている／徘徊する／発作てんかんがある
行動の問題	強迫的観念・情動的行為・反復的行為が見られる／ものを隠したり内緒のため込んだりする／物をなくす／決められた場所へ物をしまうことができない／落ち着きがない／攻撃的になる

第Ⅲ部の10項目（主に認知症の特有の項目としてあげられている）

できていたことができなくなった／話すことが少なくなった／全般的に疲れて見える／涙もろくなったり取り乱しやすくなった／動作が遅くなった／話し方が遅くなった／以前より不精になった／歩くのが遅くなった／全般的に忘れっぽくなった／全般的に混乱しやすくなった

Deb.S., Braganza 「Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities」BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY, 2007年, より筆者が作成したもの

ので、43の質問項目がある。各項目は「元々そうである」「元々そうであったがより低下した」「新しい兆候である」「該当しない」の4件法で採点される。現在の動作だけを採点し、行動の変化については採点しないシステムを採用することで、既存の認知症スクリーニング尺度の効果を克服するとしている。「元々そうである」または「該当しない」の回答をもつ項目は0点にし、「元々そうであったがより低下した」または「新しい兆候である」の回答は1点とする。第Ⅲ部は、10の質問項目があり、「はい」または「いいえ」の2件法である。主に認知症が疑われる際の動作等の項目があげられている。たとえば、「話すことが少なくなった」や「全般的に疲れて見える」といった質問に、「はい」と回答した場合は1点、「いいえ」と回答した場合は0点となる。第Ⅱ部、第Ⅲ部の点数は合計される<sup>(11)</sup>。

今回の検討では、Debらがあげた因子の意図を尊重しつつ、統計的処理に加えて実践的な意味も考慮しつつ、第Ⅱ部と第Ⅲ部の53項目を同等に扱うこととした。以上のことを原則として知的障害者の認知症の発症の早期発見、その対応のための視点を考察する。

### 3 「日本語版 DSQIID」の妥当性の検討

#### (1) 分析の目的と方法

今回の調査の目的は、①53項目について項目群を明らかにし、個々の項目群の特徴と認知症の早期発見との関連について検討すること、②項目の種類やチェックの量と支援内容の実際



を結びつけるために、質的な検討を加えること、③「日本語版 DSQIID」は短時間に記入して結果がすぐにわかる尺度として作成されたが、その決められた手続きによって本当に安定的なスクリーニングが可能なものの検討を加えること、④以上をもとにして、実際に現場で実施するにあたっての提案を行うこと、の以上である。考察の前半では、該当項目数の偏りや関連などから、「日本語版 DSQIID」の質問項目の意味を明らかにするため、数量的なデータ処理を行い、項目を客観的に把握する。後半では、加齢による影響を発達と結びつけ、そのダイナミクスにおいて把握できるかを検討する。ここにいう発達の捉え方については、それを動的に捉えるために、主に発達年齢（月齢）と発達（操作）特性を用いる。この操作特性評価は上記にあげた発達検査の結果を各質問用紙における特記内容と照らし合わせ、援用したことにより行った。発達特性の定義は、田中昌人の「可逆操作の高次化における階層－段階理論」（以下、「階層－段階理論」）によるものである<sup>(12)</sup>。

## (2) 調査対象者

本調査は、大阪府内にある障害者通所事業所及び入所施設を利用するダウン症者 63 名、当事者についてよく知る各事業所の職員による評価を得てデータを蒐集した。期間は 2014 年 10 月から 11 月にかけて行った。なお、調査は無記名で行うため、個人が特定されることはないこと、回答の内容を研究目的以外では使用しないこと、データは厳重に保管し外部に漏れることがないことなどの内容を書面に記載した。さらに、調査は NPO 法人大阪障害者センター高齢期支援プロジェクトを通して、対象施設の施設管理者に対し事前に調査協力を依頼し、承諾が得られた施設に対して実施している。

ここで、対象者をダウン症者に限ったのは、①加齢の影響が指摘されることが多く、ケース検討においても各施設で話題に上がることが多いこと、② Deb 自身、「日本語版 DSQIID」の作成にあたって、ダウン症者のデータによっていたことがその根拠である。その中で加齢による影響が見られる前、つまり、元気であった頃の発達年齢がわかっているダウン症者のみ（58 名 m=29, f=29）を今回の分析の対象とした。その年齢分布は図 1、質問項目のうち、得点項目数の分布は図 2 のとおりである。

## (3) 53 項目の分類

先述したように、Deb らは 4 つの因子を想定している。その因子は純粹に統計処理に基づいたもので、解釈の作業が原著論文では説明されておらず曖昧さが残されている。

まず、53 項目の量的な分析を行うために、あらためて数量的処理を行い項目のまとまりを項目群として分けし、その特徴について述べたい。数量的処理については、ここで扱うデータが「得点あり－得点なし」の 2Way の名義尺度であるため、その分析にとって適当な数量化Ⅲ類を使用し、それに基づく散布図を基に検討している。それによると、以下の 6 つの項目

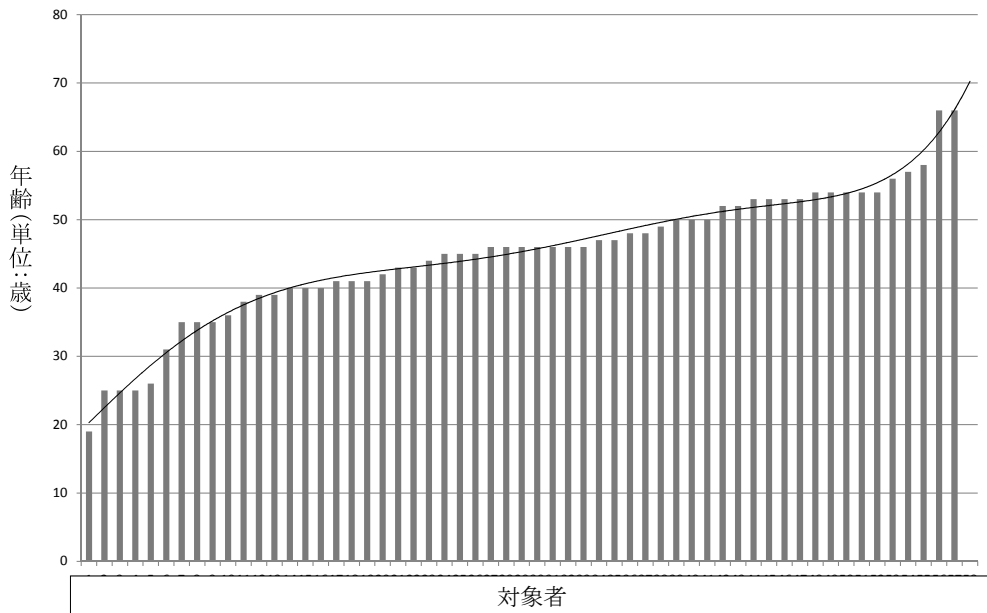


図1 全対象者の年齢分布 N=58 m=29, f=29

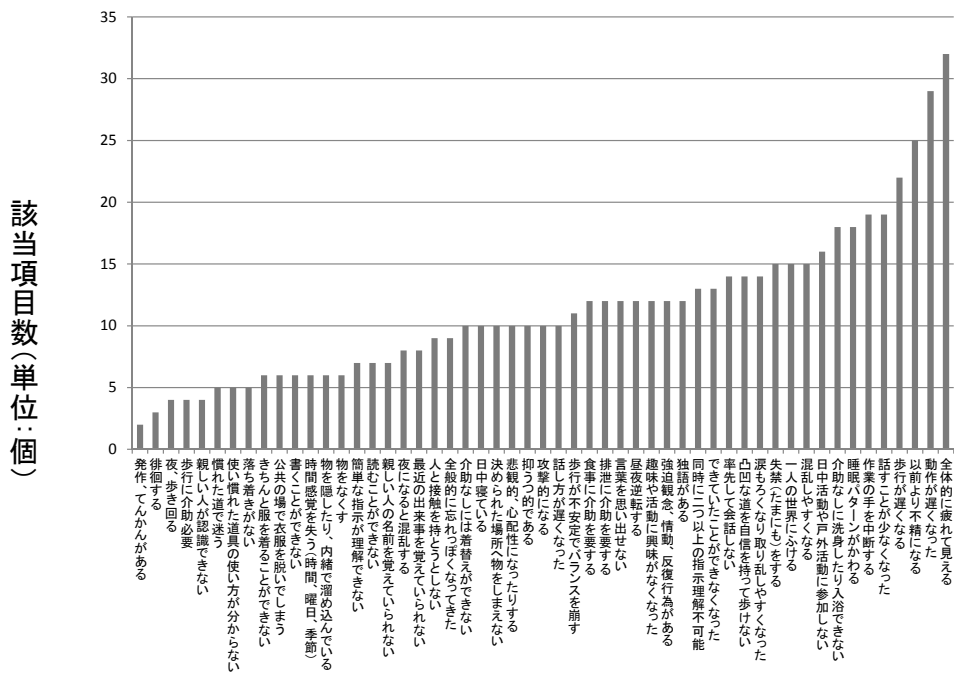


図2 全対象者の該当項目数の分布

群に分類することができた。①言語 (言語活動自体及び言語の文脈によって支持される行動の低下)、②行動や思考の混乱、③活動性の低下、④日常生活動作の低下、⑤睡眠及び身体状況、⑥記憶、である。それぞれに属する質問項目は表2のとおりである。

調査対象者全体の6つの群の該当項目率<sup>(13)</sup>は、図3のとおりである。これによって、これまでの研究で指摘されるような認知症者の「物忘れ」のような記憶の衰えが目立つわけではない

表2 調査結果に基づく6つの項目群の分類結果

項 目 群	質 問 項 目
言語 (10 項目)	率先して会話しない／言葉を思い出せない／簡単な指示が理解できない／同時に2つ以上の指示理解不可能／読むことができない／書くことができない／時間感覚を失う／親しい人の名前を憶えていられない／使い慣れた道具の使い方がわからない／話すことが少なくなった
行動や思考の混乱 (12 項目)	公共の場所で衣服を脱ぐ／夜間に混乱する／夜、歩き回る／徘徊する／強迫観念、情動、反復行為がある／物を隠したり内緒でため込んでいる／落ち着きがない／悲観的、心配性になったりする／攻撃的になる／独語がある／涙もろくなり取り乱しやすくなった／混乱しやすくなる
活動性の低下 (10 項目)	日中活動や戸外活動に参加しない／人と接触しようとししない／趣味や活動に興味がなくなった／一人の世界にふける／抑うつ的である／全体的に疲れてみえる／動作が遅くなった／話し方が遅くなった／以前より不精になった／歩行が遅くなった
日常生活動作の低下 (7 項目)	介助なしに洗身したり入浴できない／介助なしには着替えができない／きちんと服を着ることができない／食事に介助を要する／排泄に介助を要する／失禁 (たまにも) をする／できていたことができなかった
睡眠及び身体状況 (7 項目)	睡眠パターンが変わった／昼夜逆転する／日中寝ている／発作、てんかんがある／凸凹な道を自信を持って歩けない／歩行が不安定でバランスを崩す／歩行に介助が必要
記憶 (7 項目)	作業の手を中断する／慣れた道で迷う／親しい人が認識できない／最近の出来事を覚えていられない／物をなくす／決められた場所へものをしまえない／全般的に忘れっぽくなった

(群ごとの該当項目の和を群に含まれる項目数で除したものの)

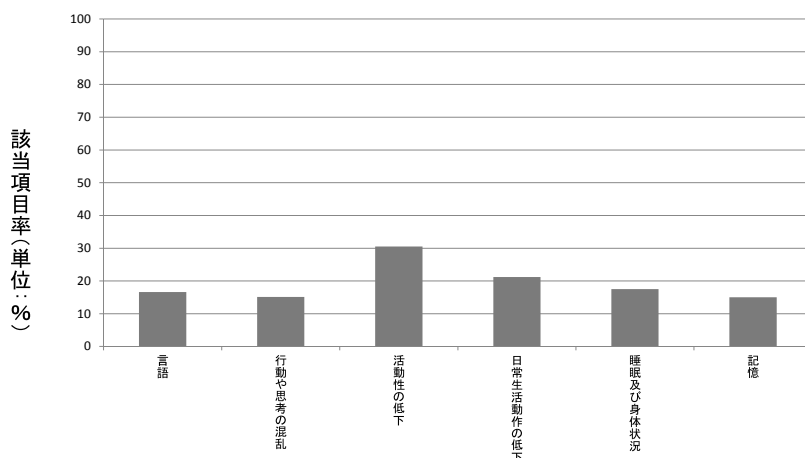


図3 全対象者の6項目群にかかわる該当項目率



ことが明らかになっており、「記憶」の群の該当項目率が比較的少ない一方で、「活動性の低下」のそれが著しく高いことがわかる。

#### （4）非認知症者と認知症者の比較検討

つぎに、非認知症者（44名、m=23, f=21 平均年齢42.7歳）と認知症者（14名、m=6, f=8 平均年齢48.6歳）の比較を試みた<sup>(14)</sup>。その結果は、前者が図4、後者は図5のとおりである。非認知症群で最も該当項目率の高いものは「活動性の低下」群で20.0%、その他の群は10.0%以下のラインで推移している。一方、認知症群で該当項目率が最も高かったのは「活動性の低

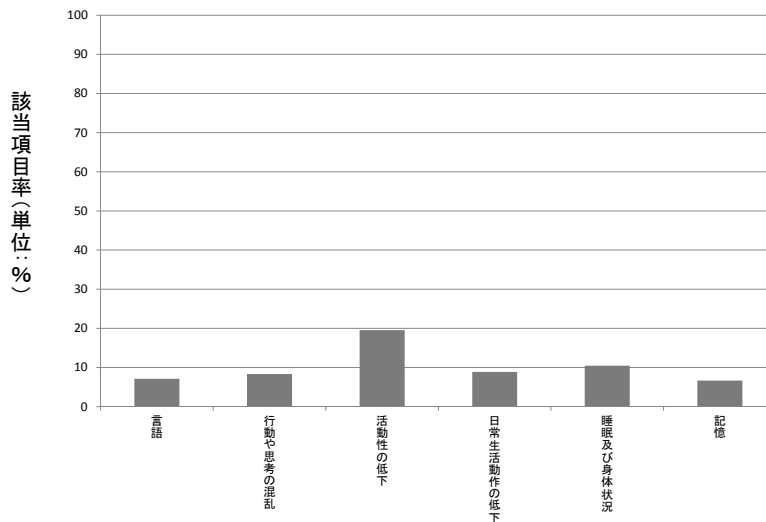


図4 非認知症者6項目群の該当項目率比較

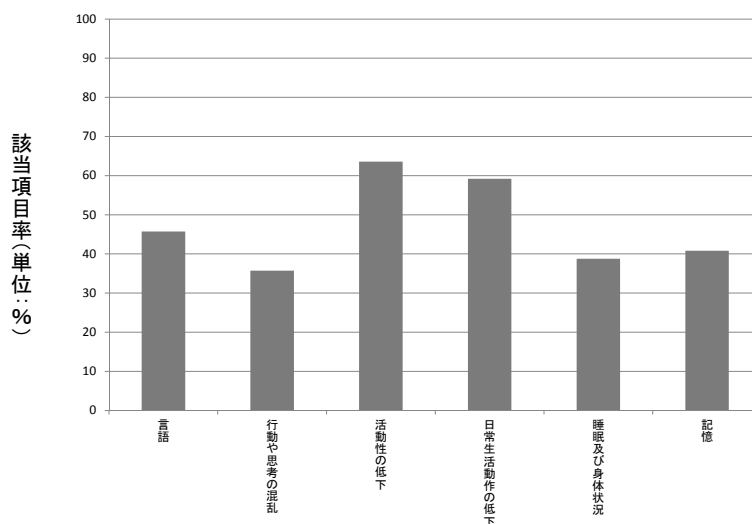


図5 認知症者6項目群の該当項目率比較

下」で約 65.0%であった。また、それに匹敵するほど高いのが「日常生活動作の低下」で約 60.0%, 次いで「言語」が 45.0%である。全体的な傾向として非認知症者の 3 倍を超える該当項目率を示した。

次に得点項目数の多いものから並べて非認知症者と認知症者を比較したグラフを作成した(非認知症者は図 6, 認知症者は図 7)。ここでは、非認知症群では「活動性の低下」が該当項目率の高い上位項目のほぼすべてを占めているのに対して、認知症群では、「活動性の低下」群の項目に加えて「日常生活動作の低下」群の項目等、いくつかの群の項目が交じり合っていることがわかった。

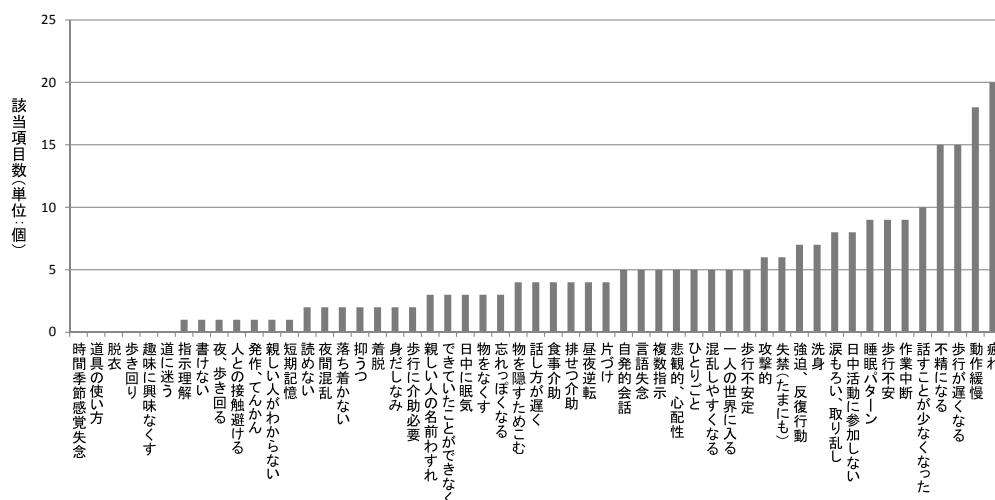


図 6 非認知症者の項目ごとの該当数

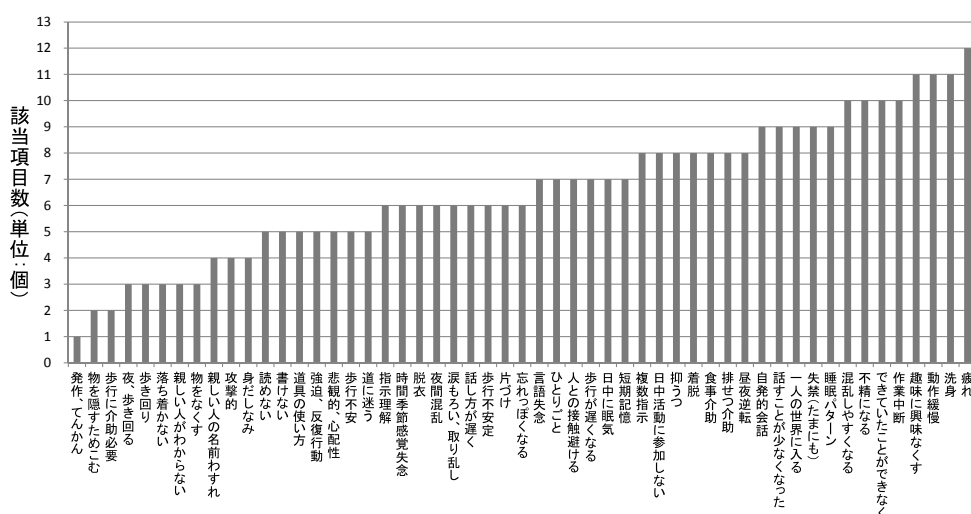


図 7 認知症者の項目ごとの該当数

以上、53項目を6つの群に分け検討してきたが、その結果をまとめると、次のようになった。第一に、非認知症者と認知症者では活動性の低下群が共通して該当項目率が高い他は、該当項目率を示す線形自体が異なっていることがわかった。第二に、非認知症者と比較して、認知症者群の得点項目数の上位項目に「日常生活動作の低下」群に含まれる項目があることがわかった。とくに「日常生活動作の低下」が認知症者において目立つということについては、日常生活自体が複合動作であること、器質的な脳のダメージによる認知機能や調節機能が低下があるために加齢によるマイナスの影響が出やすいカテゴリーであることがその要因と考えられる。したがって、チェックにあたっては、もちろん全体の量的な把握は必要であるが、得点項目数の多い項目に「日常生活動作の低下」が見られるか否かが認知症者を早期に発見するための大切なポイントとなりうる。

#### (5) 発達特性と加齢に伴う「日本語版 DSQIID」の変動の特徴

次に発達との関連について述べたい。「日本語版 DSQIID」のスクリーニングチェックリストの第Ⅰ部では、その人が「最も高い」能力を保持していた頃の状態を記すこととなっている。この点を踏襲し、その人の最も活動的であったであろう若い頃、あるいは加齢による影響がみられていない段階での発達検査の結果を明らかにし、その関連について述べていくこととした。図8は調査対象者となったダウン症者58名が加齢による影響を受けていない時点での発達月齢の分布図である。それに近似線を引いてみると、なだらかな右上がりの線となり、発達月齢が偏っていないことがわかる。

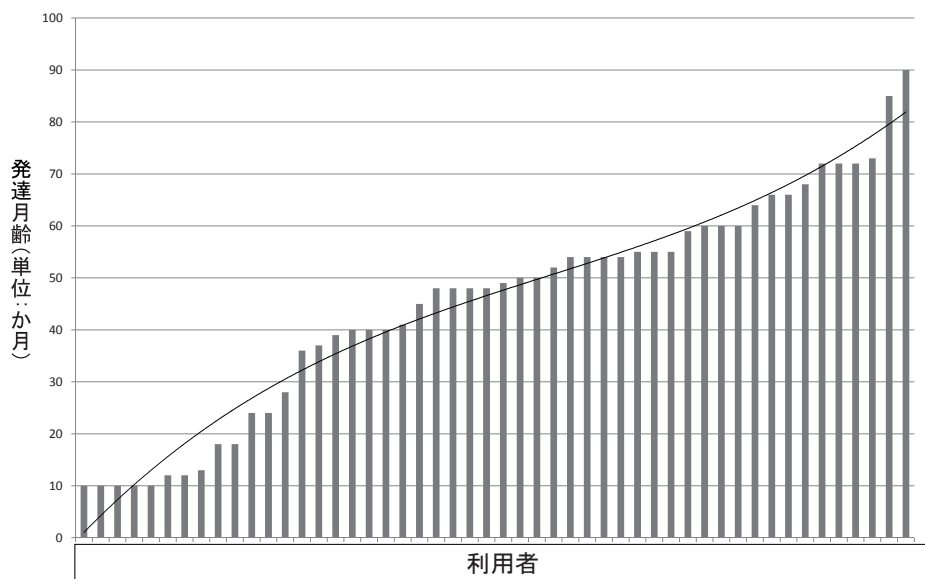


図8 発達月齢グラフ

さらに、発達月齢と得点項目数を関連づけたグラフが図9である。ここで年齢ではなく月齢としたのは、発達の質的転換期との関連で、時間軸を年齢とすると分析が粗くなると考えたからである。データの密なところを円で囲んだが、これによると、該当率が極端に低くなっている月齢と、反対に高くなっている月齢が交互に現れていることがわかる。グラフでは18か月、60か月、90か月の3つの月齢のあたりで最も低くなっている。また、10か月以前、40か月頃、80か月のあたりで高くなっていることもわかる。低い場合は加齢によるマイナスの影響が少なく、高い場合はその逆ということになる。これを年齢に置き換えてみると、1歳半、5歳、7歳の頃で低く、一方、10か月、3歳半、6歳半で高くなっている。また、認知症の利用者のみに限った同様のグラフでも、ちょうど各形成期の周辺に座標が固まっている(図10)。つまり、認知症群では比較的安定した時期である1次元可逆操作期、2次元可逆操作期、3次元可逆操作期は該当項目率が低く、比較的不安定な時期である1次元形成期、2次元形成期、3次元形成期では、該当項目率が高いといえる。

以上のことから、加齢による影響が始まるまでに発達の到達した段階が、より安定さを持つ可逆操作期である場合は加齢によるマイナスの影響を受けにくい、比較的不安定な時期である形成期では影響を容易に受けてしまうということがわかった。ただし、あくまでも可能性についての議論であって、実際のグラフにあるように、囲みから大きく離れた人も少なからず見られることから、到達した発達の段階によって壮年期以降の予測が立つと結論づけられたわけではない。

また、グラフでは発達の進んだ段階の3次元形成期の方が、2次元形成期より大きくマイ

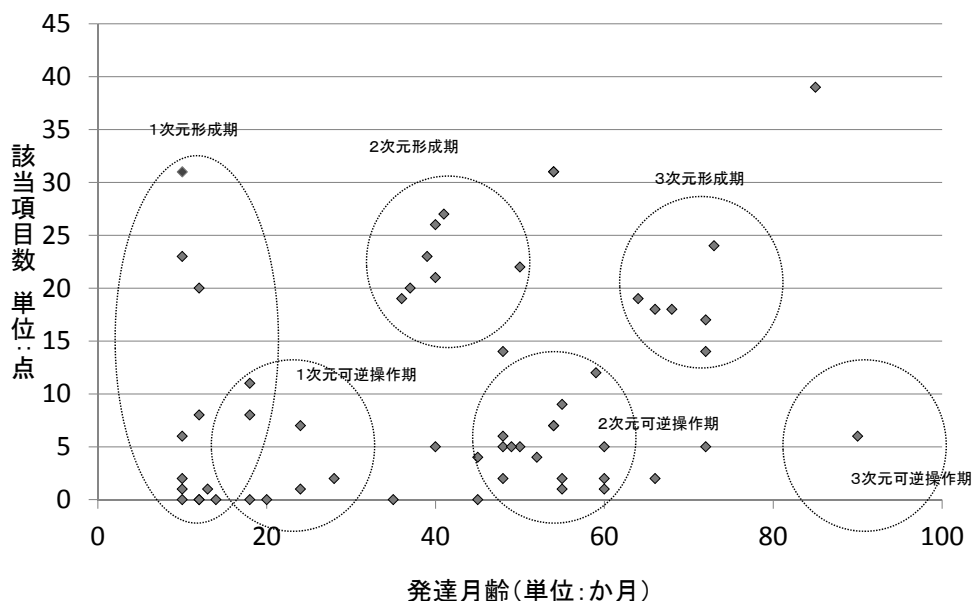


図9 全項目の該当項目率と発達月齢との関係

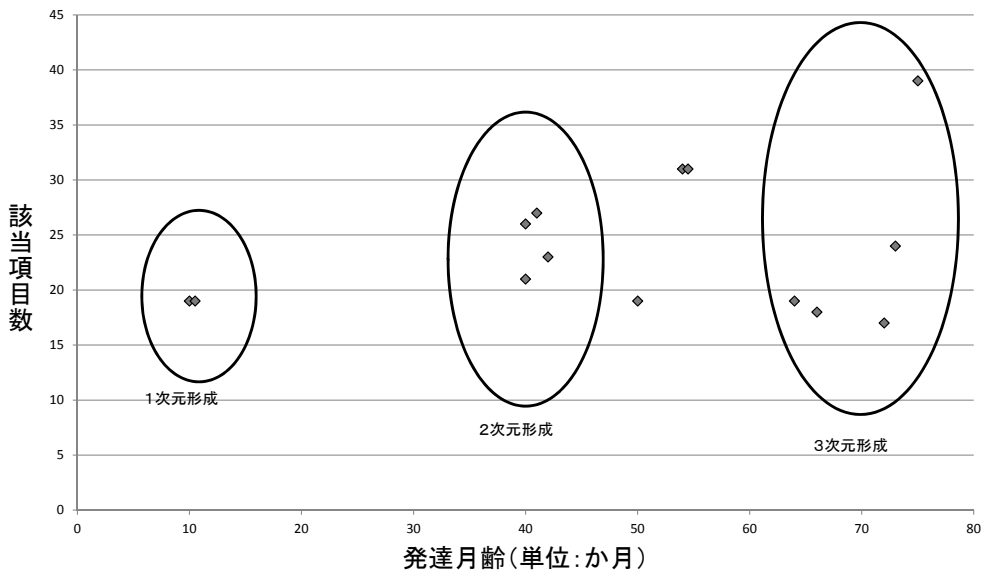


図10 認知症者（14名）の発達月齢と該当項目数の相関図

ナスの影響をより多く受けているとの結果もでている。これについては、3次元形成期は、2次元可逆操作をすでに経ており、2次元形成期よりも影響を受けにくいのではないかと考えられる。しかし、発達月齢の高い人たちは、2次元可逆操作以降に獲得してきた能力があり、一方で発達月齢の低い人たちは、もともとダメージを受ける諸活動自体を獲得していなかったとみることができる。ここで重要なのは、発達の高いか否かではなく、各々の到達した諸活動の土台である発達特性が安定的なものなのか、不安定なものなのかによって加齢による影響の受け方が変わるということである。

発達との関連から見ると、形成期の脆さが明らかになった。青年・成人期における発達保障の取り組みの内容によって、加齢によるマイナスの影響を受ける可能性が高くなる場合とそうでない場合があるということが仮説として立てることができる。

#### 4 「日本語版 DSQIID」の検討結果を受けて

「日本語版 DSQIID」の項目の分析の結果、新たに浮かび上がった課題や早期発見に至った場合の実践的な対応について考えてみたい。

第一に、6つの項目群の中で「活動性の低下」にかかわる項目群の該当項目率は高いという結論が出ている。この点については、たとえば「うつ」や、ダウン症者に多い「甲状腺機能障害」の表れの可能性もあり、一概に認知症とはいえないだろう。しかし、疲れやすさとストレスの関連も示唆される内容でもあるため、早期老化の気づきの大切なポイントの一

つになると考えられる。こうした点から、日中活動を含む 24 時間の生活のリズムの安定、年間の行事などについて、予防的観点から検討することや、気分の浮き沈みや活動の様子の一貫した観察は重要といえる。また、「日常生活動作」についても認知症者群は該当項目率が高く、この二つが重なるところで早期発見がなされる可能性もある。

第二に、53 の項目を特徴的な群に分けることにより、非認知症者群と認知症者群では項目群による該当項目率に大きな差が認められ、認知症の疑いの有無の判断の根拠となる可能性があることがわかった。

第三に、発達的に高い人ほど該当項目率が高かったという点である。これはこの尺度の特徴でもある、最も進んだ段階から比較して現在を見るということによるが、これによって、発達が進んだ人ほど、加齢に伴うマイナスの影響が多様な範囲で見られたと考えられる。これは、若いときから壮年期にかけて蓄積された力量や諸活動に向かう能力が単に表面的に備わったものなのか、本人にとって意味のあるものとして獲得され身についたものなのか、つまり人格と結びついたものとなっていたのか、という問いに置き換えることもできる。一方、発達的に遅れた人たち、つまり連結可逆操作の階層の認知症の早期発見については、1 次元形成期の層でも見られたように「日本語版 DSQIID」はこの点についてはきわめて弱いといえる。

第四に、53 項目と発達月齢との関係で見たとき、各発達段階の「形成期」の該当項目率が「可逆操作期」と比較して相対的に高かったことである。もちろん認知症はその多くが脳皮質を中心とした中枢神経系の障害であり、人格への影響も含めその表れは多岐にわたる。このとき、可逆操作の高次化のメカニズムと症状の発現との因果関係を考えることは発見後の支援を考える上で大切な視点となるだろう。また、「階層-段階理論」によって明らかにされてきた発達のダイナミズムが、加齢による変化にも表れているという点である。したがって、障害者の諸能力・力量に関して、質的、量的それぞれから、支援の正しい在り方を考えることが求められているといえる。

第五に、原著者や紹介者の示すような信頼性や妥当性があるかという点である。今回の調査では、認知症であると診断されているにもかかわらず、該当項目数が 14 ポイントであったという人がいたり、反対に 20 ポイントを超えていても認知症ではなく別の心身症、抑うつ傾向であったことがわかったりしている人がいる。したがって、以下の点には留意が必要である。まず、①記入者に障害についての専門性あるいは以前の本人の姿と現在の姿を客観的に比較する力量があるかという点である。②結果の判断において、得点項目数をもって認知症の恐れがあるか否かの判断をするのは危険である。得点項目数が低くてもその表れの中に認知症に結びつく可能性はないか、反対に高くても他の原因はないのか、十分検討しなければならない。少なくとも複数の関係者の視点が必要であるとともに医療分野との連携は不可欠であろう。

最後に、現在、福祉現場では、ダウン症者をはじめ、知的障害者の急激な退行や早期老化について次々と対応すべき事例が上がってきており、その判断のために標準化された尺度が求め



られていることはいうまでもない。「日本語版 DSQIID」は簡単な構造の質問紙法であり、短時間で結果が出るというメリットがある。また、普段の対象者の姿を捉える視点を与えるものでもある。発達との関連についておさえながら注意深く実施するとすれば、きわめて有効な尺度となるだろう。いずれにしても、この尺度のいくつかの課題はより詳細な検討によって深められる必要がある。

なお、本研究論文は、NPO 法人大阪障害者センター高齢期支援プロジェクトチームにおける事例研究からスタートしている。調査データの集計方法や分析については、集団的な議論を交わしたが、調査結果についての最終的な分析は吉留によるものである。また、分析に際しては、心理学研究の立場から中村隆一氏（立命館大学教授）から貴重なアドバイスをいただいた。記して感謝申し上げる。

〔注〕

- (1) 「Practice Guidelines for the Clinical Assessment and Care Management of Alzheimer and other Dementias among Adults with Mental Retardation. (IASSID)」植田章『知的障害者の加齢と福祉実践の課題——高齢期の暮らしと地域生活支援』高学出版、2011年、69～85ページ。なお、この指針は、国際知的障害研究協会（IASSID）ならびにアメリカ精神遅滞学会（AAMR）の作業部会からの報告を受けて、IASSID 諮問委員会、AAMR 評議会により1995年に承認されたものである。
- (2) たとえば、Gedye A.「Dementia Scale for Down Syndrome」1995年、「“Dementia Scale for Down Syndrome”の日本への適応」小島道生他『発達障害研究』第22巻、第1号、2000年、65～73ページなどがある。
- (3) 「知的障害者用認知症判別尺度日本語版（DSQIID）の信頼性・妥当性の検証」木下大生他、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』4号、2010年、「知的障害者用認知症判別尺度日本語版（DSQIID）の開発に関する研究——感度と特異度の検証を中心として」木下大生他、独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『研究紀要』5号、2011年
- (4) 「ダウン症候群の知的機能の生涯発達の変化とその構造」研究代表者菅野敦「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究」平成12年度文部省科学研究費補助金（基盤研究C）研究成果報告書、2001年、9ページ
- (5) 春日井宏彰・菅野敦・橋本創一・桜井和典・片瀬浩「成人期知的障害者の加齢変化の特性に関する研究——質問紙を用いた調査による検討」『東京学芸大学紀要総合教育科学系57』2006年、481～494ページ
- (6) 橋本創一「壮年期ダウン症者の体力・運動能力に関する研究加齢による基礎的運動能力への影響について」研究代表者菅野敦「ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究」平成12年度文部省科学研究費補助金（基盤研究C）研究成果報告書、2001年、26ページ
- (7) 小島道生「“Dementia Scale for Down Syndrome”の日本への適用」『ダウン症候群の早期老化診断システムの開発に関する研究 第3報 居住型施設で生活するダウン症成人の生涯発達と早期老化』2000年、40ページ
- (8) ダウン症者における有病率に関する研究のいくつかは対象者が認知症と診断されるに至るまでの経過について記述している。これらの研究はいずれも、見当識や記憶課題の成績といった記憶に関連が深い能力の低下は認知症の最も初期にみられた徴候であったと報告している。記憶以外の認知機能に関しては、注意力・意欲の低下なども記憶能力の低下と同様に認知症の初期症状であったと報

告されている。また、臨床的に認知症と診断された者の認知機能の低下は全体的かつ急激に進行していくといわれている。長谷川桜子・池田由紀江「ダウン症者における身体的・心理的加齢変化——最近の研究概観」『発達障害研究』第22巻、第2号、2000年、96～103ページ

- (9) Royal College of Psychiatrist/The British Psychological Society 編「認知症の知的障害者」翻訳プロジェクトチーム訳「認知症の知的障害者——アセスメント・診断・治療および支援の手引き（日本語版）」『国立のぞみの園10周年祈年紀要』2014年、55ページ
- (10) 木下大生・有賀道生・上原徹・村岡美幸・井沢邦英・志賀利一「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 (DSQIID) の信頼性・妥当性の検証」国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『紀要4号』2010年、98～107ページ。ただし、ここで示されている検出率が十分に高いかについては再検討が必要であろう。木下大生・有賀道生・上原徹・村岡美幸・井沢邦英・志賀利一「知的障害者用認知症判別尺度日本語版 DSQIID の開発に関する研究——感度と特異度の検証を中心として」国立重度知的障害者総合施設のぞみの園『紀要5号』2011年、49～62ページ。
- (11) Deb.S., et. al 「Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities shoumitro Deb. Monika Hare, Lindsay Prior, Sabyasachi Bhaumik」The British Journal of Psychiatry Apr 2007, 190 (5) 440-444
- (12) 田中昌人『人間発達の科学』青木書店、1980年、田中昌人『人間発達の理論』青木書店、1990年、荒木穂積、加藤直樹「田中昌人さんに聞く 今日における発達保障の理論と課題」『障害者問題研究』vol.31 全国障害者問題研究会、2003年、『人間発達研究所通信』Vol.10 (3)、2004年、などに詳しく記されている。
- (13) Deb 自身はチェック率という表現を使っていない。しかし、ここではどの群が比較的多くの得点につながるチェックを示すのかを表すために、相対化することをねらい、各質問項目の得点枠に入るチェックの割合を示すため率という方法を用いた。
- (14) これから述べる認知症といわれるダウン症者は「日本語版 DSQIID」の判別によって認知症とされた人ではなく、専門の医師に診断された、あるいはその恐れのあるものとして投薬の検討がなされている人である。ゆえに、「日本語版 DSQIID」のチェック項目数が14のダウン症者であっても、医師の診断があれば認知症者として位置づけている。反対にチェックが20を超えていても、医師が診察し認知症の恐れがないとされた人については、認知症ではないとして扱っている。

#### 参考文献

- 1) 『障害者の高齢期の特徴と支援の視点を考える』障害者の高齢期を支える支援プログラム開発プロジェクトチーム、大阪障害者センター、佛教大学社会福祉学部植田章研究室、2015年
- 2) Intellectual Disability and Dementia — Research into Practice. Edited by Karen Watchman. 2014年

(うえだ あきら 社会福祉学科)

(よしとめ ひでお 社会福祉法人わかき福祉会)

2015年10月29日受理